



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

KOHDUNULKOINEN RASKAUS

Potilasopas Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden
tautien poliklinikalle ja -osastolle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Sanna Pakarinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

PAKARINEN, SANNA: Kohdunulkoinen raskaus
Potilasopas Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän
naistentautien poliklinikalle ja -osastolle

Terveystyhtymän opinnäytetyö, 32 sivua, 10 liitesivua

Syyskuu 2011

TIIVISTELMÄ

Kohdunulkoisella raskaudella tarkoitetaan raskausmuodostumaa, joka sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. Noin 2 % kaikista raskauksista on kohdunulkoisia raskauksia.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa kirjallinen potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston käyttöön. Potilasoppaan tarkoituksena oli antaa kohdunulkaisen raskauden vuoksi poliklinikalle tai osastolle hoitoon tulevalle potilaalle tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta.

Potilasopas laadittiin yhteistyössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston kanssa. Potilasopas on tarkoitettu jaettavaksi naistentautien poliklinikalla ja -osastolla potilaille, joilla on todettu kohdunulkoinen raskaus.

Potilasopas arvioitiin teemahaastattelun avulla. Arviointiin osallistui kolme henkilöä. Arvioinnissa potilasopas todettiin selkeäksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi.

Jatkohankkeena olisi mielenkiintoista tutkia ovatko kohdunulkoiseen raskauteen sairastuneet kokeneet potilasoppaan hyödyllisenä. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää ovatko hoitajat käyttäneet potilasopasta apuvälineenä potilasohjauksessa ja onko potilasopas helpottanut potilasohjausta.

Avainsanat: naistentaudit, potilasohjeet

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

PAKARINEN, SANNA: Ectopic pregnancy
A patients' guide for the polyclinic and gynecological
ward of the Social and Health group of Päijät-Häme
region

Bachelor's Thesis in Public Health Nursing, 32 pages, 10 appendices

Autumn 2011

ABSTRACT

Ectopic pregnancy means a pregnancy manifestation which is not located in the uterus. Approximately 2 % of all pregnancies are ectopic pregnancies.

The purpose of this thesis was to produce written patient information about ectopic pregnancy for use in the polyclinic and the gynecological ward of the Social and Health group of Päijät-Häme. The purpose of this written patient information was to give information about ectopic pregnancy to patients who come to the polyclinic or the ward to get treatment for ectopic pregnancy.

The thesis was created in co-operation with the polyclinic and the gynecological ward of the Social and Health group of Päijät-Häme region. The written patient information is meant to be distributed to patients with ectopic pregnancy in the polyclinic and the gynecological ward.

The written patient information was evaluated by using theme auditions. It was carried out by three auditors. The written patient information was noted to be clear and practical.

In the future it would be interesting to research if the written patient information has been helpful or necessary for the patients who have had ectopic pregnancy. It would also be interesting to find out if nurses have used the written patient information as part of the patient education and if the written patient information has been helpful in it.

Key words: gynecology, written patient information

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KOHDUNULKOINEN RASKAUS	3
2.1	Kohdunulkoisen raskauden riskitekijät	3
2.2	Kohdunulkoisen raskauden oireet	3
2.3	Kohdunulkoisen raskauden toteaminen ja siihen liittyvät tutkimukset	4
2.4	Kohdunulkoinen raskaus ja tulevien raskauksien ennuste	5
3	KOHDUNULKOISEN RASKAUDEN HOITO	6
3.1	Seurantahoito	6
3.2	Metotreksaattihoito	6
3.3	Kirurginen hoito	8
4	KOHDUNULKOISEN RASKAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI	9
5	POTILASOHJAUS NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ	11
6	POTILASOPAS HOITOTYÖN OHJAUSMENETELMÄNÄ	14
6.1	Hyvän kirjallisen potilasoppaan tunnusmerkit	14
6.2	Potilasoppaan hyödyntäminen potilasohjauksessa	16
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
8	PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI-JA TERVEYSYHTYMÄN NAISTENTAUTIEN POLIKLINIKKA JA -OSASTO	19
9	POTILASOPAS KOHDUNULKOISESTA RASKAUDESTA	20
9.1	Potilasoppaan tuottaminen	20
9.2	Potilasoppaan arviointi	22
10	POHDINTA	25
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	33

1 JOHDANTO

Kohdunulkoisella raskaudella tarkoitetaan raskausmuodostumaa, joka sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. Kohdunulkoinen raskaus sijaitsee useimmiten munanjohtimessa (98 %), mutta se voi sijaita myös munasarjassa, vatsaontelossa tai kohdunkaulassa. (Ihme & Rainto 2008, 179 - 180.) Kohdunulkoisessa raskaudessa hedelmöitynyt munasolu ei pääse kohtuonteloon, vaan kiinnittyy yleensä munanjohtimeen, muodostaa kiinnittymisalustansa istukan ja alkaa kasvaa (Ylönen 1994, 1). Noin 2 % kaikista raskauksista on kohdunulkoisia raskauksia. Vuosittain Suomessa todetaan fertiili-ikäisillä eli hedelmällisessä iässä olevilla naisilla noin yhdellä tuhannesta kohdunulkoinen raskaus. Kohdunulkoisia raskauksia todetaan eniten 25 - 34 -vuotiailla naisilla. (Tomás 2010, 1427.)

Kohdunulkoisen raskauden tyypillisin oire on voimakas alavatsakipu, joka voi paikallistua toispuoleisesti (Ihme & Rainto 2008, 180). Kohdunulkoisen raskauden hoitomuotoja ovat seurantahoito, lääkehoito ja kirurginen hoito. Vähäoireinen ja aikaisessa vaiheessa todettu kohdunulkoinen raskaus voidaan hoitaa seurantahoidolla. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.) Kohdunulkoisen raskauden lääkehoitona käytetään yleisimmin metotreksaattia (Kohdunulkoisen raskauden lääkehoito 2009). Kirurgisia hoitomuotoja on kaksi: munanjohtimen poisto eli salpingektomia ja munanjohtimen avaus eli salpingostomia. (Tuomivaara 1990, 37).

Potilasohjaustilanne on vuorovaikutustapahtuma, jossa on läsnä potilas ja terveydenhoitoalan ammattilainen (Halonen 2006, 3). Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä, vuorovaikutteista ja tavoitteellista toimintaa (Kääriäinen 2008, 3). Potilasohjauksen tavoitteena on saada potilas osallistumaan ja sitoutumaan hoitoonsa (Halonen 2006, 4).

Kirjallinen potilasopas on yksi potilasohjauksen muodoista (Kääriäinen 2007, 34). Potilaat haluavat tietoa suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallisessa muodossa (Johansson 2007, 16). Potilasoppaan kirjoittamisen lähtökohtia ovat hoitohenkilökunnan tarve ohjata potilaita ja potilaiden tarve saada olennaista tietoa sairaudestaan (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35 - 36). Potilasohjeet ovat myös merkittävä osa potilaan hyvää hoitoa (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63).

Kehittämishanke sai alkunsa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston tarpeesta saada kirjallinen potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta. Kehittämishankkeen tarkoituksena on tuottaa kohdunulkoisesta raskaudesta kirjallinen potilasopas, joka on hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Hanke toteutetaan yhteistyössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston kanssa. Kehittämishankkeen tavoitteena on lisätä potilasoppaan avulla sairastuneen tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta. Tavoitteena on myös tuottaa naistentautien poliklinikan ja -osaston työntekijöille kirjallista ohjausmateriaalia suullisen ohjauksen tueksi ja tätä kautta helpottaa potilasohjausta.

2 KOHDUNULKOINEN RASKAUS

2.1 Kohdunulkoisen raskauden riskitekijät

Ylösen (1994, 2) mukaan kohdunulkoisen raskauden riskitekijöitä ovat aikaisemmin sairastetut synnyttelinten tulehdukset, kuten klamydia- ja tippuri-infektiot, joiden seurauksena muodostuu usein kiinnikkeitä ja munatorven ahtaumia. Myös alavatsan ja lantion alueelle tehty leikkaukset sekä aikaisempi kohdunulkoisen raskaus lisäävät riskiä sairastua kohdunulkoiseen raskauteen. Tuomivaara (1990, 28) puolestaan toteaa, että aikaisemmalla abortilla ei ole havaittu suoraa yhteyttä kohdunulkoiseen raskauteen, mutta abortin aiheuttamat tulehdukset tai istukan jäännökset abortin jälkeen saattavat lisätä kohdunulkoisen raskauden riskiä.

Kuparikierukkaa käyttävillä naisilla on havaittu suurentunut riski sairastua kohdunulkoiseen raskauteen (Järvi 2007, 109). Myös hedelmättömyys ja lapsettomuushoidot ovat kohdunulkoisen raskauden riskiä lisääviä tekijöitä. Lisäksi tupakointi voi lisätä kohdunulkoisen raskauden riskiä. (Tomás 2010, 1427.)

2.2 Kohdunulkoisen raskauden oireet

Kohdunulkoisen raskauden tyypillisin oire on voimakas alavatsakipu, joka voi paikallistua toispuoleisesti. Lisäksi voi esiintyä veristä, usein rusehtavaa vuotoa ja tyypillisiä raskausoireita, kuten pahoinvointia ja rintojen arkuutta. (Ihme & Rainto 2008, 180.) Oireet ilmenevät useimmiten raskausviikoilla 7 - 9. Oireet voivat vaihdella yksilöllisesti oireettomuudesta sokkiin. (Kohdunulkoisen raskaus 2008.)

Kohdunulkoisessa raskaudessa voi esiintyä veristä vuotoa, mutta vuodon mukana ei ole raskauteen sopivia kudosoisia, kuten istukkaa. Erotuksena kohdunsisäisestä raskaudesta, kohdunulkoisessa raskaudessa kohtu ei ole suurentunut, kohdunsuu ei avaudu eikä kohdunkaula lyhene. Alavatsan paineluarkuus on tyypillistä koh-

dunulkoisessa raskaudessa. Vakavassa tilanteessa raskausmuodostuman kasvu munanjohtimessa voi aiheuttaa munanjohtimen repeämisen ja hengenvaarallisen verenvuodon vatsaonteloon. Tämä tapahtuu yleensä raskausviikkoon 10 mennessä. Vakavia sisäiseen verenvuotoon viittaavia oireita potilaalla ovat äkillisesti alkanut voimakas alavatsakipu sekä pyörtyminen. Lisäksi sykkeen nouseminen ja verenpaineen romahtaminen kertovat vakavasta sisäisestä verenvuodosta. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.) Myös hartioihin säteilevä kipu voi olla merkki vuodosta vatsaonteloon (Narva & Laurikainen 2006).

2.3 Kohdunulkoisen raskauden toteaminen ja siihen liittyvät tutkimukset

Tuomivaaran (1990, 32) mukaan yleisin tapa raskauden varmistamiseen on raskaustesti, joka mittaa istukkahormonin eli human chorionic gonadotropinin (hCG) määrää virtsasta. Kohdunulkoisessa raskaudessa virtsan hCG-määrää mittaava raskaustesti antaa usein kuitenkin väärän negatiivisen tuloksen. Ylösen (1994, 2 - 3) mukaan tarkempi hCG-määrittäminen voidaan tehdä verikokeen avulla veren seerumista.

Jos potilaan oireet jatkuvat negatiivisesta raskaustestistä huolimatta, on kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus varmistettava ultraäänitutkimuksella. Myös raskaustestin ollessa positiivinen varmistetaan raskauden sijainti ultraäänitutkimuksen avulla joko vatsanpeitteiden päältä tai emättimen kautta kohdunulkoista raskautta epäiltäessä. (Ylönen 1994, 3.) Kohdunulkoisessa raskaudessa ultraäänitutkimuksessa ei näy kohdunsisäistä raskautta, eli kohtu on tyhjä (Kohdunulkoinen raskaus 2008). Kohdunulkoiseen raskauteen viittaavia löydöksiä ultraäänitutkimuksessa ovat rengasmuodostelma kohdun ulkopuolella, munatorvihematooma eli verenpurkauma munatorvessa ja nestekertymä peräsuoli-kohtusyvänteessä. Jos kohdunsisäistä raskautta ei näy ultraäänitutkimuksessa ja viimeisistä kuukautisista on kulunut kuusi viikkoa seerumin hCG-pitoisuuden ollessa yli 1 000 IU/l, on kohdunulkoisen raskauden todennäköisyys 90 - 95 %. (Narva & Laurikainen 2006.)

Epäselvissä tapauksissa kohdunulkoinen raskaus voidaan todeta tekemällä laparoskopio eli vatsaontelon tähytys. Toimenpide vaatii kuitenkin vahvan epäilyn poikkeavasta raskaudesta. (Järvi 2007, 110.) Laparoskopialla varmistetaan kohdunulkoisen raskauden lopullinen sijainti, koko ja luonne (Ylönen 1994, 3).

2.4 Kohdunulkoinen raskaus ja tulevien raskauksien ennuste

Tulevien raskauksien ennusteeseen ei vaikuta niinkään edeltävä kohdunulkoinen raskaus, vaan potilaan ikä, mahdollinen aiempi munanjohdinvaurio tai lapsettomuusongelma. Munanjohtimen repeäminen kohdunulkoisen raskauden yhteydessä kuitenkin heikentää tulevien raskauksien ennustetta. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.) Ahonen ja Niemi (2007, 923 - 924) kirjoittavat, että onnistuneesti metotreksaattilla hoidetun kohdunulkoisen raskauden ei ole havaittu lisäävän spontaanin keskenmenon tai sikiön epämuodostumien riskiä seuraavissa raskauksissa. Tutkimusten mukaan uusi raskaus on todettu keskimäärin kahdeksan kuukauden kuluessa metotreksaattihoidosta, eikä lapsettomuuden ole havaittu lisääntyneen lääkeshoidon johdosta.

Munanjohtimien aukioloon ja tätä kautta tulevien raskauksien ennusteeseen ei vaikuta se, onko kohdunulkoinen raskaus hoidettu metotreksaattilla vai seurantahoidolla (Erkinheimo 2008). Kohdunulkoisen raskauden uusiintumistodennäköisyys kahden vuoden kuluessa metotreksaattihoidon jälkeen on 7 - 8 % ja kohdunsisäisen raskauden todennäköisyys 58 - 61 %. Uutta raskautta saa yrittää kun kohdunulkoisen raskauden hoito on päättynyt, eli seerumin hCG-pitoisuus on alle 10 IU/l. Viimeisimmästä metotreksaattiannoksesta on kuitenkin oltava vähintään 12 viikkoa ennen uuden raskauden alkua. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

3 KOHDUNULKOISEN RASKAUDEN HOITO

3.1 Seurantahoito

Vähäoireinen, aikaisessa vaiheessa todettu pienikokoinen kohdunulkoinen raskaus voi resoboitua eli poistua itsestään. Tällöin hoidoksi soveltuu seurantahoito. (Ylönen 1994, 3.) Seurantahoito soveltuu munanjohdinraskauksissa noin 25 - 40 prosentille potilaista. Seurantahoidon edellytyksenä on, että potilaan seerumin hCG-lähtöarvo on ollut alle 2000 IU/l ja arvo on pienentynyt toistetuissa mittauksissa. Seurantahoidossa olevan oireet tulee olla vähäiset, potilaalla ei saa olla vuotoa vatsaonteloon eikä merkkejä munanjohtimen uhkaavasta repeämisestä. Lisäksi seurantahoidon edellytyksenä on, että raskausmuodostuman halkaisija on alle 3 - 4 cm. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

Seurantahoito vaatii tarkan ja joskus pitkänkin hCG-seurannan (Ylönen 1994, 3). Seurannan aikana seerumin hCG-pitoisuus määritellään alussa 2 - 3 kertaa viikossa ja sitten 1 - 2 kertaa viikossa, kunnes pitoisuus on alle 10 IU/l. Raskausmuodostuman surkastumiseen voi liittyä alavatsakipua ja verenvuotoa emättimestä. Jos seerumin hCG-pitoisuus ei pienene riittävästi seurannan aikana tai se alkaa uudelleen nousta, joudutaan pelkästä seurantahoidosta luopumaan. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

3.2 Metotreksaattihoito

Kohdunulkoisen raskauden lääkehoitona käytetään yleisimmin metotreksaattia. Metotreksaatti on sytostaatti eli solunsalpaaja, joka vaikuttaa istukkakudokseen estämällä sen solujen jakautumisen. (Kohdunulkoisen raskauden lääkehoito 2009.) Koska raskauskudos on aktiivisesti jakautuvaa, se on äärimmäisen herkkä metotreksaatin vaikutukselle. (Ylönen 1994, 4). Metotreksaattihoitoon edellytykset ovat, että potilas on halukas sitoutumaan seurantakäyntejä vaativaan hoitoon, potilaalla ei ole kohdunsisäistä raskautta, potilaalla on lievät oireet ja vakaa hemody-

namiikka sekä seerumin hCG-pitoisuus on 2000 - 5000 IU/l. Metotreksaattihoidon vasta-aiheita ovat kohdunsisäinen raskaus, epävakaata hemodynamiikka, akuutti tulehdus, maksan tai munuaisen vaikea vajaatoiminta ja haavainen paksusuolen tulehdus. Näiden lisäksi anemia eli alhainen hemoglobiini, leukopenia eli veren valkosolujen niukkuus, neutropenia eli veren neutrofiilisten granylosyyttien niukkuus tai trombositopenia eli verihiutaleiden niukkuus ovat vasta-aiheita metotreksaattihoidolle. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

Metotreksaatti voidaan antaa lihakseen, suonensisäisesti tai paikallisesti raskausmuodostumaan joko ultraääniohjauksessa tai kaikukuvauksessa (Kohdunulkoinen raskaus 2008). Metotreksaattihoitomuodon valitsemiseen vaikuttavat diagnoosin varhaisuus ja potilaan kliininen tila (Ylönen 1994, 5). Ennen metotreksaattihoidon aloittamista potilaan seerumista tutkitaan perusverenkuva (PVK), trombositit (Trombos), natrium (Na), kalium (Ka), kreatiini (Krea) ja alaniiniaminotransferaasi (ALAT). 3 -5 päivää hoidon jälkeen tutkitaan seerumin hCG, PVK ja Trombos. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

Ensisijainen hoitomuoto metotreksaatilla on kerta-annos lihakseen, jonka jälkeen seerumin hCG-pitoisuus mitataan neljäntenä ja seitsemäntenä päivänä hoidon aloituksesta. Seerumin hCG-pitoisuus tarkistetaan kunkin mahdollisen uuden annoksen jälkeen. Hoito voidaan toistaa viikon välein. Yhteensä metotreksaattia voidaan antaa neljä kertaa, ellei hCG-pitoisuus pienene 15 % edellisestä mittauksesta. HCG-pitoisuutta seurataan seerumista 1 - 2 viikon välein, kunnes se on alle 10 IU/l. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.) Metotreksaattihoidon yleisin sivuvaikutus on vatsakipu, johon voi ottaa kipulääkettä (Kohdunulkoisen raskauden lääkehoito 2009). Metotreksaatti säilyy elimistössä pitkiä aikoja, joten 12 viikkoa viimeisen metotreksaattiannoksen jälkeen tulisi välttää uutta raskautta ja huolehtia ehkäisystä (Kohdunulkoinen raskaus 2008).

3.3 Kirurginen hoito

Kirurgisia hoitomuotoja on kaksi: munanjohtimen poisto eli salpingektomia ja munanjohtimen avaus eli salpingostomia. Kirurgisen hoitomuodon valintaan vaikuttavat munanjohtimen kunto, raskausmuodostuman sijainti munanjohtimessa, raskausmuodostuman koko, leikkausalueen esteettömyys ja komplikaatiot. Munanjohtimen poiston indikaatio eli aihe on revennyt munanjohdin, joka vuotaa runsaasti verta. (Tuomivaara 1990, 37.) Munanjohtimen poiston syitä voivat olla myös toistamiseen samalla puolella oleva munanjohdinraskaus, kohdunulkoinen raskaus hydrosalpinxmuodostumassa, yhdistelmä-raskaus tai huonokuntoiset munanjohtimet. Mikäli kohdunulkoiseen raskauteen sairastunut on suunnitellut sterilisaatiota, voidaan hänelle tehdä munanjohtimen poisto kohdunulkoisen raskauden hoitomuotona vaikka edellä mainitut syyt eivät täytyisikään. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

Säästävä toimenpide, munanjohtimen avaus voidaan tehdä silloin, jos munanjohtimessa ei ole repeämää (Tuomivaara 1990, 37). Munanjohtimen avausta suositellaan uutta raskautta suunnittelevalle etenkin jos toisen puolen munanjohdin on jo poistettu. Seerumin hCG-pitoisuuden määrittäminen on suositeltavaa tehdä noin kahden viikon kuluttua munanjohtimen avaamisesta siihen liittyvän toistuvan kohdunulkoisen raskauden riskin vuoksi. (Kohdunulkoinen raskaus 2008.)

4 KOHDUNULKOISEN RASKAUDEN AIHEUTTAMA KRIISI

Vanhemmilla voi olla voimakas tunneside kehittyvään lapseen jo aivan raskauden alkuvaiheessa. Todettaessa kohdunulkoinen raskaus vanhemmat voivat kokea toivotun raskauden keskeytymisen suurena menetyksenä. Vanhempien on käytävä läpi raskauden keskeytymisen aiheuttama surutyö ja sopeuduttava siihen, että lasta ei tulekaan. (Roto 2001, 10.) Raskauden menetys voi aiheuttaa vanhemmille traumaattisen kriisin, joka voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Kriisin kulku on kuitenkin yksilöllinen eri ihmisillä eikä etene kaikilla saman kaavan mukaan. (Kiiltomäki & Muma 2007, 12.)

Ensimmäisessä vaiheessa eli kriisin sokkivaiheessa vanhempien tunteet ovat vielä pinnan alla ja eivätkä he täysin ymmärrä mitä on tapahtunut. Sokkivaiheeseen liittyy usein epätodellisuuden sekä ulkopuolisuuden tunteita. (Kiiltomäki & Muma 2007, 15.) Traumaattisen surun kohdatessa on ominaista, että ajatukset harhailevat, muistaminen on vaikeaa ja keskittyminen lähes mahdotonta. Ruokahalu saattaa kadota kokonaan ja nukkuminen voi olla vaikeaa. (Väisänen 1999, 12.)

Toisessa vaiheessa eli kriisin reaktiovaiheessa vanhemmat ovat päässeet kriisin käsittelyn alkuun ja tunteet alkavat tulla esiin. Vanhemmat ymmärtävät kohtansa menetyksen yleensä tässä vaiheessa ja tunteet, kuten suru, syyllisyys ja viha voivat olla erittäin voimakkaita. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18.) Vanhemmille saattaa tulla mieleen menetykseen liittyneitä näkö-, kuulo- tai tuntoaistimuksia toistuvasti eri tilanteissa. Koska tunteet ovat pinnalla, itku voi tulla milloin ja missä vain. (Väisänen 1999, 12.) Roto (2001, 49) kertoo, että lasta odottaneet vanhemmat kuvasivat hänen tutkimuksessaan tunteneensa raskauden menetykseen liittyen surua, tyhjyyden sekä haikeuden tunnetta, herkkyyttä mielialassa ja yksinäisyyden tunnetta. Osa kuvasi tunteneensa olonsa lohduttomaksi, tieto raskauden keskeytymisestä lamaannutti heidät ja loi epätoivoa sekä tunnetta ettei selviä menetyksestä ikinä. Osa tutkimukseen osallistuneista oli katkeria raskauden menetyksestä sekä kateellisia niille ihmisille, joilla oli onnistunut raskaus tai lapsia.

Syyllisyyden tunnetta ilmeni tutkimuksen mukaan monella lasta odottaneella naisella.

Kolmas vaihe on kriisin työstämisvaihe, jossa vanhemmat ovat päässeet jo pidemmälle kriisin käsittelyssä. Työstämisvaiheessa ominaista on voimakas tarve puhua menetyksestä. Tapahtunutta toistetaan kerta toisensa jälkeen joko mielessä tai puheessa toisille ihmisille. Neljäs vaihe on uudelleenorientoitumisen vaihe, jolloin vanhemmat alkavat sopeutua muutoksen, jonka kohdunulkoinen raskaus on tuonut heidän elämäänsä. Uudelleenorientoitumisvaiheessa kriisi on eletty osa elämää ja vanhemmat ovat saaneet välimatkaa tapahtuneeseen myös emotionaalisesti. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18 - 20.) Väisäsen (1999, 96) mukaan kriisistä toipumisen vaihe näkyy myös ihmisen unissa. Hän kirjoittaa, että surevien vanhempien unet ovat usein kertomuksia, joista näkyy toipumisen vaihe ja suunta.

Roton (2001, 15 - 17) mukaan raskauden keskeytymisen aiheuttaman surun intensiteettiin eli voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, aikaisempi psyykinen terveys, koulutus, sosiaalinen tuki, aviollinen tyytyväisyys, raskauden suunnitelmallisuus, raskauden kesto, aikaisemmat menetykset ja jo olemassa olevat lapset. Miesten reaktiot suruun näyttävät tutkimuksen mukaan olevan intensiteetiltään matalampia ja lyhytkestoisempia kuin naisten. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että jos perheessä oli ennestään lapsia, se vaikutti positiivisesti naisten selviytymiseen surusta. Roto kirjoittaa, että vanhempien suru on pitkäaikainen prosessi, jota kumpikin vanhempi työstää yksilöllisesti oman elämäntilanteensa ja persoonallisten selviytymiskeinojensa mukaisesti. Mies ja nainen sopeutuvat eri tavoilla raskauden keskeytymisen aiheuttamaan suruun ja tämä voi luoda väärinkäsityksiä ja ristiriitoja heidän välilleen. Tieto surureaktioiden erilaisuudesta voi kuitenkin auttaa vanhempia tukemaan toisiaan ja välttämään väärinkäsityksiä. Hautsalon ja Rytkösen (1999, 2) mukaan vaikeudet ja ristiriidat voivat olla pitkällä aikavälillä parisuhdetta rakentava tekijä, kunhan ne osataan käsitellä puolisoiden välillä rakentavasti. Molempien osapuolten osallistuminen ristiriitojen selvittelyyn on parisuhdetyytyväisyyden kannalta tärkeää.

5 POTILASOHJAUS NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

Ohjaustilanne on vuorovaikutustapahtuma, jossa on läsnä potilas ja terveydenhoitoalan ammattilainen (Halonen 2006, 3). Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä, vuorovaikutteista ja tavoitteellista toimintaa (Kääriäinen 2008, 3). Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan taustatekijöiden, kuten potilaan tarpeiden ja omaisten huomioon ottamista (Kääriäinen 2007, 33). Potilasohjauksen tulee olla suunnitelmallista ja systemaattista toimintaa. Potilasohjauksen tavoitteena on saada potilas osallistumaan ja sitoutumaan hoitoonsa. (Halonen 2006, 4.) Lisäksi potilasohjauksen tavoitteena on antaa ohjattavalle tietoa hänen sairaudestaan ja vaikuttaa positiivisesti ohjattavan terveyskäyttäytymiseen. Potilasohjaus on prosessi, jossa potilas hyödyntää saamaansa tietoa ja soveltaa sitä omaan elämäntilanteeseensa. Hyvän potilasohjauksen avulla voidaan parantaa tai ylläpitää potilaan terveyttä ja auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa. (Hätönen 2010, 22.)

Potilasohjauksen tarkoitus ei ole tehdä asioita potilaan puolesta vaan toimia yhdessä potilaan kanssa (Koskela & Salanterä 2008, 6). Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että laadittujen tavoitteiden saavuttamista arvioidaan ohjausprosessin aikana säännöllisesti (Kääriäinen 2008, 5). Potilasohjaus vaatii onnistuakseen ohjaajan positiivista asennoitumista ohjaukseen sekä kykyä huomioida potilaan yksilölliset ohjaustarpeet. Ohjaajalta vaaditaan myös eri sairauksiin liittyviä tiedollisia taitoja, jotta potilaat saavat oikeanlaista tietoa hoitoon sitoutumisen tueksi. Onnistunut potilasohjaus vaatii hoitohenkilökunnan jatkuvaa kouluttautumista, moniammatillista yhteistyötä ja korkeaa motivaatiota, jotta varmistetaan paras mahdollinen osaaminen ohjattaessa potilaita. (Linnajärvi 2010, 1.)

Halonen (2006, 3 - 7) toteaa, että naistentautien hoitotyössä korostuvat hienotunteisuus, yksilöllisyys ja koskemattomuus. Hänen mukaansa naispotilailla on tutkimuksissa todettu olevan suuri tiedon ja ohjauksen tarve. Ohjauksen tarpeen on kuitenkin todettu olevan hyvin yksilöllistä, osa naispotilaista haluaa yksityiskohdista tietoa kun taas osa jopa välttelee sitä. Naispotilaiden on kuitenkin todettu osallistuvat hoitoaan koskevaan päätöksentekoon miehiä useammin. Halosen tutkimuksen mukaan naispotilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa silloin, kun he kokivat saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta. Kääriäinen (2007, 25 - 26) taas kirjoittaa,

että potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan sekä siitä, miten hän toteuttaa saamaansa ohjausta. Hoitohenkilökunnan tehtävä on varmistaa, että potilas on saanut riittävästi ohjausta ja pystyy sen pohjalta tekemään itsenäisiä päätöksiä omasta hoidostaan.

Potilasohjausta toteutettaessa ohjausympäristö ja ohjauksen ajankohta on tärkeää ottaa huomioon. Kielteisiä kokemuksia naistentautien hoitotyössä aiheuttaa muun muassa liian vähäinen intymiteettisuoja ja ohjaustilanteen pitäminen liian pienessä tilassa tai jopa käytävällä. Rauhallisen ohjauspaikan puutteen on todettu olevan yksi suurimpia esteitä hyvälle potilasohjaukselle. (Halonen 2006, 9.) Myös lyhentyneet sairaalahoitoajat tuovat haasteen potilasohjaukselle, koska ohjaukseen käytettävissä oleva aika on lyhyempi ja potilaan pitäisi omaksua sairautta koskeva tieto entistä lyhyemmässä ajassa (Linnajärvi 2010, 5). Lisäksi hoitohenkilökunnan kiire ja tiedon puute ovat potilasohjauksen laatua heikentäviä tekijöitä (Kääriäinen 2007, 34). Halonen (2006, 8 - 9) kirjoittaa, että sairaalassa tapahtuvasta ohjauksesta on saatu tutkimuksissa ristiriitaisia tuloksia. Toisaalta sairaalassa annettu potilasohjaus koettiin riittäväksi ja hoitotilanteissa keskusteltiin hoitoon ja terveyteen liittyvistä asioista potilaiden mielestä hyvin. Toisaalta taas potilaat olivat tyytymättömiä sairaalassa saamaansa potilasohjaukseen, potilaat eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta ennen ja jälkeen toimenpiteen. Halosen mukaan potilaat kokivat myös, että heillä ollutta aikaisempaa tietoa ei otettu riittävästi huomioon ohjaustilanteessa. Halosen tutkimuksen mukaan naispotilaat pitivät sairaudesta ja toimenpiteestä saamaansa ohjausta ja tietoa usein riittävänä, mutta kokivat saaneensa liian vähän ohjausta ja tietoa toimenpiteen fyysisistä sekä psyykkisistä jälkivaikutuksista. Lisäksi toimenpiteen vaikutuksista seksuaalisuuteen naiset kaipaivat lisää tietoa ja ohjausta.

Ohjauksen toteutustavalla on suuri merkitys. Ohjausta voidaan antaa suullisesti, kirjallisesti tai audiovisuaalisesti. Suullinen ohjaus on kuitenkin suosituin menetelmä, koska vuorovaikutustilanne mahdollistaa kysymysten esittämisen ja mahdollisten väärinkäsitysten korjaamisen. Suullista ohjausta voidaan toteuttaa sekä yksilöllisesti että ryhmissä. Potilaat kuitenkin arvostavat enemmän yksilöohjausta, koska se mahdollistaa heidän tarpeistaan lähtevän ohjauksen. Myös kirjallista ohjausmateriaalia käytetään runsaasti. Audiovisuaalista ohjausta käytetään menetel-

mistä vähiten. (Kääriäinen 2007, 34 - 35.) Potilasohjaus on tehokkainta silloin kun se on annettu oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja oikeassa muodossa. Potilasohjauksessa tulee käyttää monipuolisia, kuhunkin ohjaustilanteeseen sopivia menetelmiä ja annetun ohjauksen tulee perustua tutkittuun, näyttöön perustuvaan tietoon. (Linnajärvi 2010, 5.)

Kummel (2008, 73) tutki väitöskirjatutkimuksessaan ohjauksen ja neuvonnan vaikutuksia sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden keskuudessa. Kummelin tutkimuksen mukaan ohjauksella ja neuvonnalla oli myönteisiä vaikutuksia tutkittujen terveyskäyttäytymiseen. Tutkimuksen päätuloksina Kummel mainitsee ei-kiireellisessä leikkauksessa olleiden miesten alkoholinkäytön vähentyneen ja naisten liikunnan harrastamistiheyden ja toimintakyvyn parantuneen ohjauksen ja neuvonnan myötä vuoden kestäneessä seurannassa. Hätönen (2010, 54) puolestaan tutki potilaan itsehallintaa tukevan potilasohjauksen laatua psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa potilasohjaukseen ja kaipasivat lisää ohjausta sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, ettei heille ollut annettu riittävästi mahdollisuuksia osallistua oman hoitosuunnitelmansa tekemiseen eikä heille ollut kerrottu riittävästi heille annettavista lääkityksistä ja niiden sivuvaikutuksista. Tutkimus osoitti, että psykiatrisessa sairaalahoidossa olevilla potilailla on tarve saada laadukasta potilasohjausta. Potilaat kaipasivat ohjausta etenkin hoitokäytäntöihin ja eri hoitovaihtoehtoihin liittyen.

6 POTILASOPAS HOITOTYÖN OHJAUSMENETELMÄNÄ

6.1 Hyvän kirjallisen potilasoppaan tunnusmerkit

Tutkimusten mukaan potilaat haluavat tietoa suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallisessa muodossa (Johansson 2007, 16). Potilasoppaan kirjoittamisen lähtökohtia ovat hoitohenkilökunnan tarve ohjata potilaita ja potilaiden tarve saada olennaista tietoa sairaudestaan. Hyvä potilasopas puhuttelee potilasta ja on kirjoitettu potilaan tarpeita ajatellen. (Torkkola ym 2002, 35 - 36.) Hyvä potilasopas sisältää keskeistä tietoa käsiteltävä asiasta. Potilaan osallistuminen hoitoon liittyvään päätöksentekoon vaatii tietoa sairaudesta ja tästä syystä potilasoppaan tulisi sisältää hoitoon liittyvää päätöksentekoa tukevaa tietoa. (Johansson 2007, 16.) Hyvä potilasopas etenee loogisesti ja kerrottavat asiat liittyvät luontevasti toisiinsa. Asiat voidaan kertoa esimerkiksi tärkeysjärjestyksessä, jolloin järjestys valitaan potilaan näkökulmasta. Myös aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin kirjoittaminen on selkeää. Järjestystä valitessa on hyvä miettiä missä tilanteessa potilasopasta luetaan ja mitä tekstillä halutaan saada aikaan. Tekstin järjestykseen ja sisältöön vaikuttaa muun muassa se, lukeeko potilas opasta sairaalassa ollessaan, kotona ennen sairaalakäyntiä vai sen jälkeen. (Hyvärinen 2005, 1769.) Potilasoppaasta potilaat ja omaiset voivat tarkastaa hoitoon liittyviä asioita myös itseksensä (Johansson 2007, 16).

Hyvässä potilasoppaassa käytetään yksinkertaista, tuttua kieltä ja se on rakenteeltaan johdonmukainen (Johansson 2007, 16). Selkeässä potilasoppaassa käytetään lyhyitä kappaleita, joissa virkkeet ovat helposti luettavia ja sanat mahdollisimman yleiskielisiä. Vieraskieliset sanat tulee aina ilmaista myös yleiskielellä. (Hyvärinen 2005, 1769.) Potilasoppaaseen voi lisätä kuvia täydentämään tekstiä ja herättämään mielenkiintoa. Hyvin valitut, tekstiä täydentävät kuvat lisäävät oppaan kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvien mukana on hyvä olla kuvateksti, joka kertoo kuvasta jotain sellaista mitä siitä ei voi suoraan nähdä. Kuvia käytettä-

essä on otettava huomioon tekijänoikeudet. Pääsääntöisesti kuvien käytölle on kysyttävä lupa kuvan tekijältä. (Torkkola ym. 2002, 40.)

Potilasopasta kirjoitettaessa on syytä kiinnittää huomiota ohjeiden opetuksellisuuden sekä oppaan kieleen ja rakenteeseen. Hyvässä potilasoppaassa on kuvattu sen tarkoitus, hoidon eteneminen ja seuranta. (Johansson 2007, 16.) Opasta kirjoitettaessa täytyy miettiä puhuttelutapa, teititelläänkö vai sinutellaanko potilaita. Teitittelyä voi käyttää aina jos on epävarma miten ohjeen lukijat suhtautuvat sinutteleluun. Passiivimuotoista puhuttelua on syytä välttää. Ohjetta kirjoitettaessa tulee myös välttää käskymuodossa kirjoittamista. Sen sijaan ohjeiden tärkeyttä voi painottaa perustelemalla miksi ohjeessa kerrotut menettelytavat ovat tärkeitä ja mitä haittaa toisella tavalla toimimisesta voi olla. (Torkkola ym. 2002, 37 - 38.)

Hyvä potilasopas on helppolukuinen. Potilasoppaan luettavuuteen on tärkeää kiinnittää huomiota, jotta lukija ymmärtää oikein oppaan sisällön. (Johansson 2007, 16.) Otsikot selkeyttävät potilasopasta ja tekevät siitä helpommin luettavan. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian ja väliotsikot auttavat hahmottamaan millaisista asioista opas koostuu. Otsikoiden avulla lukijan on helppo etsiä haluamansa asia. Otsikot auttavat myös oppaan kirjoittajaa hahmottamaan tekstiä ja niiden kautta on helpompi huomata, jos joku tärkeä asia on jäämässä pois oppaasta. Väliotsikoita ei saa olla liikaa. Yhden väliotsikon alla on oltava vähintään kaksi kappaleita ja yhdessä kappaleessa kerrotaan aina yksi asiakokonaisuus. (Hyvärinen 2005, 1770.) Johanssonin (2007, 17) mukaan potilasoppaista on useimmiten todettu puuttuvan väliotsikot, lukijoiden kannustus yhteydenottoon sekä kappaleiden ja koko materiaalin yhteenvedot.

Potilasoppaassa on noudatettava yleisiä oikeinkirjoitussääntöjä. Opas on hyvä antaa luettavaksi jollekin toiselle ennen sen julkaisemista, koska oma silmä sokeutuu herkästi tekstissä oleville virheille. Myös potilasoppaan pituutta on hyvä miettiä, liian pitkä opas saattaa olla raskaslukuinen. Liian yksityiskohtaiset tiedot voivat sekoittaa lukijaa. Lisätietoja kannattaa tarjota erillisessä kappaleessa, esimerkiksi kirja- ja internetlähteiden muodossa. (Hyvärinen 2005, 1772.) Ohjeen loppuun laitetaan yhteystiedot ja tiedot ohjeen tekijöistä. Hyvä potilasopas myös kertoo, minne potilas voi ottaa yhteyttä jos hänellä on jotain kysyttävää. Hyvä ulko-

asu palvelee ohjeen sisältöä. Sivujen taitto, tekstin ja kuvien asettelu paperille on hyvän potilasoppaan lähtökohta. Hyvin taitettu opas houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 45, 53.)

Tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat ja käyttävät kirjallisia potilasohjeita. Potilaat kuitenkin tulkitsevat ohjeita oman elämäntilanteensa mukaan, minkä vuoksi tiedon omaksumiseen vaikuttavat potilaan motivaatio ja elämäntilanne. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilasohjeen teksti on helposti ymmärrettävää, jotta potilas osaisi noudattaa annettuja ohjeita. (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63.) Johansson (2007, 59 - 63) tutki potilasohjeiden vastaavuutta aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Tutkimuksessa haastateltiin aivovammapotilaita ja heidän omaisiaan. Tutkittavilta kysyttiin mitä tietoa heille oli tarjottu ja mitä tietoa olisi pitänyt tarjota lisää hoidon alkuvaiheessa sairaalassa. Tutkimuksen mukaan potilasoppaiden sisältö vastasi vain osittain tutkimukseen osallistuneiden tarpeita. Potilasohjeiden kieli ja rakenne todettiin tutkimuksessa pääasiassa hyväksi, ohjeiden luettavuus sen sijaan osoitautui vaikeaksi. Lisäksi potilasohjeiden opetuksellisuus todettiin tutkimuksessa puutteelliseksi. Sekä aivovammapotilaat että heidän läheisensä odottivat usein konkreettisempaa tietoa, mitä potilasoppaissa tarjottiin.

6.2 Potilasoppaan hyödyntäminen potilasohjauksessa

Pasila ja Suominen (2004, 61) kirjoittavat, että suullisen ohjauksen lisäksi potilasohjauksessa tulisi käyttää tukena kirjallista materiaalia. Etenkin polikliinisisessä toiminnassa, jossa hoitoaika on lyhyt ja ohjattavia asioita paljon, on kirjallista ohjausmateriaalia hyvä käyttää suullisen ohjauksen rinnalla. Tutkimuksen mukaan suullinen ja kirjallinen materiaali yhdessä käytettynä tukevat parhaiten hoidon tavoitteiden saavuttamista. Ali-Raatikainen ja Salanterä (2008, 63) taas toteavat kirjallisten potilasohjeiden olevan tärkeä ja yleisesti käytetty menetelmä tiedon välittämiseksi potilaille ja heidän mukaansa potilasohjeet ovat merkittävä osa potilaan hyvää hoitoa. Käytettäessä kirjallista ja suullista ohjausmateriaalia yhdessä, voidaan tarkistaa onko potilas ymmärtänyt oikein kirjallisesta materiaalista saadun tiedon.

Hätösen (2010, 3) mukaan laadukkaan potilasohjauksen toteutumisen varmistamiseksi on käytettävä kirjallisia ohjeita, lisättävä hoitajien tietoa ja taitoja toteuttaa potilasohjausta sekä varmistettava potilasohjaukseen käytettävien tilojen ja välineiden toimivuus. Kääriäinen (2008, 3) puolestaan toteaa, että laadukkaan ohjauksen tarjoamiseksi hoitohenkilökunta tarvitsee hyvät ohjausvalmiudet sekä asianmukaista ja päivitettyä tietoa.

Halonen (2006, 8 - 9) toteaa, että ennen sairaalaan tuloa annetulla kirjallisella ohjauksella on huomattu olevan merkitystä potilaan ahdistusta ja pelkoa helpottavana tekijänä. Etukäteisohjauksen on myös todettu vaikuttavan positiivisesti toimenpiteen jälkeiseen kipuun ja sen hoitoon. On kuitenkin huomattu, että etukäteen annetulla ohjauksella ei ole aina saatu positiivisia tuloksia, ellei ole huomioitu potilaan yksilöllisiä tiedon ja ohjauksen tarpeita. Linnajärvi (2010, 44 - 46) puolestaan tutki perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta käytti työvuorossa noin 1 tunnin 45 minuuttia aikaa potilasohjaukseen. Tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista koki tiedolliset potilasohjausvalmiutensa tyydyttäviksi ja noin kolmasosa tutkimukseen osallistuneista hoitajista koki tiedolliset potilasohjausvalmiutensa hyviksi. Taidolliset potilasohjausvalmiudet puolestaan osoittautuivat tutkimuksen mukaan noin puolella vastaajista joko tyydyttäviksi tai hyviksi. Tutkimuksessa taidollisiin potilasohjausvalmiuksiin kuuluivat vuorovaiikutustaidot ja itsehoitoon tukemisen taidot. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta asennoitui positiivisesti potilasohjaukseen. Myös potilaan omaisten ohjaaminen koettiin tutkimuksen mukaan tärkeäksi.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opas tehdään aina jollekin tai jonkun käyttöön, minkä vuoksi kohderyhmän määrittäminen on tärkeää (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38). Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kirjallinen potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden naistentautien poliklinikan ja -osaston käyttöön. Potilasoppaan tarkoituksena on antaa kohdunulkokaisen raskauden vuoksi poliklinikalle tai osastolle hoitoon tulevalle potilaalle tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta. Kohdunulkoiseen raskauteen sairastunut tulee usein päivystysläheteellä erikoissairaanhoidon (Kohdunulkoinen raskaus 2008). Tämän vuoksi potilasopasta ei ole tarkoitettu lähetettäväksi potilaalle kotiin, vaan se on tarkoitettu jaettavaksi naistentautien poliklinikalla ja -osastolla sellaisille potilaille, joilla on jo todettu kohdunulkoinen raskaus.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on toiminnan selkeyttäminen oppaan avulla (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38). Tämän opinnäytetyön lyhyen aikavälin tavoitteena on tuottaa naistentautien poliklinikan ja -osaston toiveiden mukainen potilasopas. Pitkän aikavälin tavoitteena on lisätä sairastuneen ja hänen perheensä tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta ja sen hoidosta potilasoppaan avulla. Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoitteena on myös helpottaa naistentautien poliklinikan ja -osaston hoitohenkilökunnan potilasohjausta tuottamalla heille potilasopas suullisen ohjauksen tueksi.

8 PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI-JA TERVEYSYHTYMÄN NAISTENTAUTIEN POLIKLINIKKA JA -OSASTO

Naistentautien poliklinikka toimii lähete-poliklinikkana (Naistentautien poliklinikka 2004). Lääkäri voi lähettää naistentautien erityis- ja perustason tutkimuksia ja hoitoa tarvitsevia potilaita naistentautien poliklinikalle kaikista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kunnista. Poliklinikalla toimii yleisgynekologinen lääkärin vastaanotto sekä erikoispoliklinikoina urogynekologinen poliklinikka, kohdunsuun tähyystyksiä ja laserhoitoja tekevä poliklinikka, lapsettomuuden tutkimuksia ja hoitoja suorittava poliklinikka sekä endometrioosipoliklinikka. Naistentautien poliklinikalla tehdään myös pieniä toimenpiteitä, kuten hysteroskopioita eli kohdun tähyystyksiä. (Synnytys- ja naistentaudit 2011.)

Naistentautien poliklinikan hoitotyön tavoitteita ovat asiakkaiden tarpeisiin pohjautuva tutkimus ja hoito, ajanmukaisiin menetelmiin perustuva laadukas hoito, voimavaralähtöinen toiminta, avoin tiedonvälitys ja keskinäinen luottamus sujuvan yhteistyön luomiseksi, ammatillisuus, opetuksen edistäminen ja tutkimustoimintaan osallistuminen. Hoitotyön tavoitteena on tukea naista kehittymään sukupuolisuutensa hyväksyväksi, tasapainoiseksi yksilöksi kaikissa elämänkaarensa vaiheissa. Naistentautien poliklinikan hoitotyön tehtävänä on auttaa asiakasta terveyden säilyttämiseen ja saavuttamiseen tähtäävissä toiminnoissa sekä tukea asiakasta hänen tekemissään hoitoratkaisuissa. Hoitotyön keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi on osallistua gynekologisten sairauksien ehkäisyyn, terveysongelmien ja hoidon tarpeiden tunnistamiseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä tarvittaessa parisuhteen molempien osapuolten neuvontaan, ohjaukseen ja tukemiseen. (Naistentautien poliklinikka 2004.)

Naistentautien vuodeosasto tarjoaa laadukasta ja yksilöllistä erikoisosaamista kaikissa gynekologisissa sairauksissa. Tavallisimmat osastolla hoidettavat sairaudet ovat kohdun lihaskasvain, laskeumat, kohdunulkoinen raskaus, tulehdukset, lapsettomuus, munasarjojen hyvänlaatuisen kasvain sekä kohdun ja munasarjojen pahanlaatuiset kasvaimet. Osastolla on kehitetty erityisesti leikotoimintaa, lyhyt-

jälkihoitoista kirurgiaa ja tähystysleikkauksia. (Synnytys- ja naistenteudit 2011.) Leikotoiminnalla tarkoitetaan potilasprosessia, jossa kaikki suunniteltuun leikkaukseen tulevat potilaat kulkevat yhden toimijan kautta kotoa suoraan leikkaukseen. Leikoyksikössä tehdään leikkauksen esivalmistelut, potilaan valmistaminen leikkaukseen ja leikkauksen jälkihoito sekä potilasohjaus. (Leikotoiminnan vaatimat tilaratkaisut 2010.)

9 POTILASOPAS KOHDUNULKOISESTA RASKAUDESTA

9.1 Potilasoppaan tuottaminen

Potilasoppaan tuottamisprosessi sai alkunsa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston tarpeesta saada kirjallinen potilasohje kohdunulkoisesta raskaudesta. Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa syksyllä 2009, jolloin tapasin yhteistyökumppanin, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän naistentautien osaston ja -poliklinikan osastonhoitajan. Tapaamisessa sovimme käytännön asioista opinnäytetyön tekemiseen liittyen ja osastonhoitaja kertoi toiveitaan potilasoppaan sisällöstä sekä ulkoasusta. Kävin uudelleen tapaamassa yhteistyökumppania keväällä 2011 ja tapaamisessa osastonhoitaja tarkensi vielä toiveitaan potilasoppaan suhteen. Kehittämishankkeelle saatiin tutkimuslupa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta keväällä 2011.

Yhteistyökumppanin toive oli, että potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta kertoisi mitä kohdunulkoinen raskaus tarkoittaa, mitkä ovat sen riskitekijät ja miten sitä hoidetaan. Lisäksi osastonhoitaja toivoi, että oppaassa kerrottaisiin kohdunulkoisen raskauden vaikutuksesta tulevien raskauksien ennusteeseen. Osastonhoitajan toive oli, että potilasoppaan sävy olisi positiivinen ja rauhoittava. Osastonhoitaja toivoi myös, että oppaaseen laitettaisiin neutraaleja kuvia potilasopasta elävöittämään.

Työstin potilasoppaan (LIITE 1) yhteistyökumppanin toiveiden pohjalta hyvän kirjallisen potilasoppaan kriteerit huomioon ottaen. Käytettävien lähteiden valinnassa tarvitaan lähdekritiikkiä, kirjoittajan on oltava kriittinen lähteitä valitessaan ja tulkitessaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 99). Opinnäytetyötä ja potilasopasta kirjoittaessani kiinnitin erityistä huomiota käytettäviin lähteisiin. Lähteinä käytin vain luotettavaa, näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa sisältävää materiaalia. Etsiessäni lähteitä opinnäytetyöhön ja potilasoppaaseen, käytin tietokantana yliopistokirjastojen yhteistietokanta Lindaa, jossa hakusanoina käytin muun muassa sanoja ”potilasohjaus”, ”kirjallinen potilasohje”, ”potilasopas” ja ”kohdunulkoinen raskaus”. Lisäksi käytin tietokantana käypä hoito -internetsivustoa, josta hain tietoa hakusanalla ”kohdunulkoinen raskaus”.

Johanssonin (2007, 16) mukaan hyvä kirjallinen potilasopas sisältää keskeistä tietoa käsiteltävä asiasta. Hyvärisen (2005, 1772) mukaan potilasopas ei saa olla liian pitkä, sillä liian yksityiskohtaiset tiedot voivat sekoittaa lukijaa. Potilasoppaaseen laitoin vain keskeistä tietoa aiheesta ja pyrin välttämään liian yksityiskohtaista tietoa, jotta se ei sekoittaisi lukijaa. Tavoitteenani oli tehdä potilasoppaasta riittävän lyhyt ja selkeä, jotta se olisi helppolukuinen.

Hyvärisen (2005, 1769) mukaan asioiden järjestystä valittaessa on hyvä miettiä missä tilanteessa potilasopasta luetaan ja mitä tekstillä halutaan saada aikaan. Koska potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta annetaan sairaalassa potilaalle, jolla on jo todettu kohdunulkoinen raskaus, halusin ensin kertoa lyhyesti mitä kohdunulkoinen raskaus tarkoittaa. Sen jälkeen kirjoitin aiheet potilasoppaaseen aikajärjestyksessä siten, että aihejärjestys potilasoppaassa etenee kuten kohdunulkoiseen raskauteen sairastuneen hoitopolku.

Hyvässä potilasoppaassa käytetään yksinkertaista, tuttua kieltä ja se on rakenteeltaan johdonmukainen (Johansson 2007, 16). Selkeässä potilasoppaassa käytetään lyhyitä kappaleita, joissa virkkeet ovat helposti luettavia ja sanat mahdollisimman yleiskielisiä. Vieraskieliset sanat tulee aina ilmaista myös yleiskielellä. (Hyvärinen 2005, 1769.) Potilasopasta kirjoittaessani käytin mahdollisimman selkeää ja yleiskielistä tekstiä. Kappaleista tein mahdollisimman lyhyitä, jotta niiden asiasältö olisi helppo ymmärtää. Kussakin kappaleessa kerroin vain yhden asiakoko-

naisuuden lukemisen ja ymmärtämisen helpottamiseksi. Käytin oppaassa mahdollisimman paljon yleiskielisiä sanoja. Vieraskieliset sanat ilmaisin aina myös yleiskielellä. Oppaan kansisivulle laitoin oppaan pääotsikon ja kuvan. Väliotsikoita käytin selkeyttämään tekstiä ja helpottamaan oppaan lukemista. Laitoin jokaiselle sivulle neutraalin kuvan elävöittämään opasta.

Hyvärisen (2005, 1772) mukaan lisätietoja aiheesta kannattaa tarjota erillisessä kappaleessa, esimerkiksi kirja- ja internetlähteiden muodossa. Potilasoppaan loppuun laitoin kappaleen, jossa kerroin internetlähteitä, joista voi etsiä lisätietoa kohdunulkoisesta raskaudesta. Hyvän kirjallisen potilasoppaan kriteereiden mukaan oppaan loppuun laitetaan yhteystiedot ja tiedot ohjeen tekijöistä (Torkkola ym 2002, 45, 53). Potilasoppaan loppuun laitoin naistentautien poliklinikan ja -osaston yhteystiedot sekä tiedot oppaan tekijästä.

9.2 Potilasoppaan arviointi

Potilasoppaan arviointimenetelmäksi valitsin haastattelun, koska se on menetelmänä joustava ja mahdollistaa tarkennukset. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja siinä voidaan vaihtaa kysymysten järjestystä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34 - 36.) Haastattelun eri muodoista valitsin menetelmäksi teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun. Teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta haastateltavat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin eivätkä ole sidottuja tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. Yksityiskoh- taisten kysymysten sijaan teemahaastattelu etenee tiettyjen teemojen varassa, jolloin tutkittavien oma mielipide aiheesta tulee esille. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 44–48.)

Haastattelun etuja on, että siinä tutkittava on subjekti, jolla on mahdollisuus tuoda esille omia mielipiteitään mahdollisimman vapaasti. Haastattelun avulla voidaan myös selventää saatavia vastauksia ja kysyä perusteluja esitetyille mielipiteille. Tutkittaville voidaan myös tehdä lisäkysymyksiä haastattelun aikana. (Hirsjärvi ym. 2003, 192.) Haastattelutilanteet olivat vapaamuotoisia. Keskustelut etenivät laatamani teemahaastattelurungon (LIITE 2) pohjalta. Haastattelujen aikana ky-

symysten järjestys kuitenkin muuttui ja tein arviointiin osallistuneille myös tarkentavia lisäkysymyksiä.

Potilasoppaan arviointiin osallistui kolme henkilöä. Yksi potilasoppaan arviointiin osallistunut henkilö oli fertiili-ikäinen eli hedelmällisessä iässä oleva nainen, joka voisi kuulua potilasoppaan kohderyhmään. Kaksi muuta arviointiin osallistunutta olivat Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän naistentautien poliklinikalla työskenteleviä hoitajia.

Ensimmäisenä haastattelin fertiili-ikäistä naista, joka voisi kuulua potilasoppaan kohderyhmään. Hän oli sitä mieltä, että potilasopas on rakenteeltaan selkeä ja helppolukuinen. Hänen mielestään potilasoppaassa käytetty kieli on helposti ymmärrettävää ja ulkoasu on hyvä. Hän totesi, että ”potilasoppaasta löytyy perusasiat aiheesta ja se on sopivan mittainen”. Haastateltava myös totesi, että kappaleet ovat sopivan mittaisia eikä niissä kerrota liian yksityiskohtaista tietoa. Hän kiinnitti kuitenkin huomiota potilasoppaassa olleeseen lauseeseen: ”Hyvässä hoidossa kohdunulkoinen raskaus todetaan varhain...”. Haastattelemani fertiili-ikäinen nainen oli sitä mieltä, että termi ”hyvä hoito” olisi aiheellista korvata neutraalimmalla ilmaisulla. Muutin kyseisen lauseen alkamaan: ”Jos kohdunulkoinen raskaus todetaan varhain...”, jolloin lauseesta jäi pois termi ”hyvä hoito”.

Otin yhteyttä naistentautien poliklinikalle potilasoppaan arviointia varten. Minulle varattiin haastattelu-aika ja sovittiin, että haastatteluun osallistuu vähintään kaksi naistentautien poliklinikalla työskentelevää hoitajaa. Vein potilasoppaan naistentautien poliklinikalle luettavaksi kaksi päivää ennen sovittua haastatteluajankohdtaa. Mennessäni naistentautien poliklinikalle sovittuna ajankohtana, kävi ilmi että arviointiin pystyi osallistumaan vain yksi hoitaja. Sovimme toisen hoitajan kanssa puhelinhaastattelun seuraavalle päivälle.

Molemmat arviointiin osallistuneet hoitajat olivat sitä mieltä, että potilasopas on selkeä ja toimiva kokonaisuus. Poliklinikalla haastattelemani hoitaja sanoi, että ”potilasopas on kompakti paketti, josta löytyy helposti keskeinen tieto aiheesta”. Molemmat hoitajat pitivät potilasoppaan rakennetta ja pituutta hyvänä. He olivat sitä mieltä, että kappaleet olivat sopivan mittaisia ja niissä kerrottiin keskeinen

asia aiheesta.

Molemmat arviointiin osallistuneet hoitajat olivat pääasiallisesti tyytyväisiä potilasoppaan asiasisältöön. He ehdottivat kuitenkin muutamia pieniä muutoksia ja tarkennuksia potilasoppaaseen. Molemmat hoitajat olivat sitä mieltä, että oppaassa käyttämäni ilmaisu ”sairastua kohdunulkoiseen raskauteen” tulisi ilmaista niin, että siinä ei käytettäisi sanaa ”sairastua”. Niinpä muutin ilmaisua potilasoppaassa käyttämällä ilmaisua ”todeta kohdunulkoinen raskaus”. Lisäksi poliklinikalla haastattelemani hoitaja toivoi, että seurantahoidosta ja metotreksaattihoidosta kertovissa kappaleessa kerrottaisiin, että potilaat saavat naistentautien poliklinikalta ajan verikokeisiin hCG -pitoisuuden mittaamiseksi verestä ja tiedustelevat sen jälkeen verikokeiden vastaukset puhelimitse naistentautien poliklinikalta. Lisäsin tämän tiedon potilasoppaaseen. Tämän lisäksi poliklinikalla haastattelemani hoitaja toivoi, että metotreksaattihoidosta kertovaan kappaleeseen lisättäisiin myös kansankielisesti tieto siitä, mitä verikokeita potilailta otetaan ennen metotreksaatin antamista. Lisäsin myös tämän tiedon potilasoppaaseen.

Molemmat hoitajat totesivat potilasoppaan väliotsikoiden olevan hyviä ja selkeyttävän potilasopasta. He myös totesivat oppaassa käytetyn kielen olevan selkeää, kansankielistä ja helposti ymmärrettävää. Molemmat haastattelemani hoitajat olivat tyytyväisiä potilasoppaan ulkoasuun. Molemmat mainitsivat hyväksi asiaksi tekstin lomassa olevat kuvat. Hoitajat olivat myös tyytyväisiä yhteystietoihin oppaan lopussa. Ainoastaan naistentautien osaston yhteystietoihin poliklinikalla haastattelemani hoitaja toivoi tarkennusta. Hän toivoi siitä ilmenevän selkeästi, että naistentautien osastolle voi ottaa yhteyttä ympärivuorokautisesti. Muutin kyseistä lausetta selkeämmäksi.

Teemahaastatteluun osallistuneiden lisäksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyh-tymän naistentautien osaston ja -poliklinikan osastonhoitaja luki ja hyväksyi potilasoppaan. Lisäksi naistentautien poliklinikan apulaisylilääkäri tarkastaa potilasoppaan asiasisällön oikeellisuuden lääketieteelliseltä näkökannalta ennen potilasoppaan julkaisua.

10 POHDINTA

Kohdunulkoinen raskaus on tila, jossa raskaus sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. Kohdunulkoinen raskaus sijaitsee useimmiten munanjohtimessa (98 %), mutta se voi sijaita myös munasarjassa, vatsaontelossa tai kohdunkaulassa. (Ihme & Rainto 2008, 179 - 180.) Noin 2 % kaikista raskauksista on kohdunulkoisia raskauksia. Vuosittain Suomessa todetaan fertiili-ikäisillä eli hedelmällisessä iässä olevilla naisilla noin yhdellä tuhannesta kohdunulkoinen raskaus. Kohdunulkoisia raskauksia todetaan eniten 25 - 34 -vuotiailla naisilla. (Tomás 2010, 1427.) Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa kirjallinen potilasopas kohdunulkoisesta raskaudesta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän naistentautien poliklinikan ja -osaston käyttöön. Potilasoppaan tarkoituksena oli antaa kohdunulkoisen raskauden vuoksi poliklinikalle tai osastolle hoitoon tulevalle potilaalle tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta.

Tämän opinnäytetyön lyhyen aikavälin tavoitteena oli tuottaa naistentautien poliklinikan ja -osaston toiveiden mukainen potilasopas. Pitkän aikavälin tavoitteena oli lisätä sairastuneen ja hänen perheensä tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta ja sen hoidosta potilasoppaan avulla Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoitteena oli myös helpottaa naistentautien poliklinikan ja -osaston hoitohenkilökunnan potilasohjausta tuottamalla heille potilasopas suullisen ohjauksen tueksi.

Opinnäytetyön lyhyen aikavälin tavoite toteutui opinnäytetyöprosessin aikana, koska työstin kehittämishankkeena potilasoppaan kohdunulkoisesta raskaudesta yhteistyökumppanin toiveiden pohjalta hyvän kirjallisen potilasoppaan kriteerit huomioon ottaen. Tuotettu potilasopas on suoraan hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Myös opinnäytetyön toinen tavoite tulee toteutumaan, koska potilasoppaan kautta kohdunulkoiseen raskauteen sairastunut ja hänen perheensä tulevat saamaan lisää tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta. Kolmannen tavoitteen toteutumisen selvittäminen vaatisi jatkotutkimusta, koska potilasopasta ei ole vielä julkaistu, eikä näin ollen vielä pystytä sanomaan onko potilasopas helpottanut hoitohenkilökunnan toteuttamaa potilasohjausta.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksen tekijä noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä sekä antaa muiden tutkijoiden työlle ja tuloksille niille kuuluvan arvon oman tutkimuksensa raportoinnissa (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3). Otin huomioon eettisyyden opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti käytin eettisiä ja luotettavia tiedonhankintamenetelmiä lähteitä etsiessäni. Opinnäytetyötä kirjoittaessani otin huomioon lähdekriittisyyden merkityksen. Luin paljon erilaisia aiheeseen liittyviä lähteitä ja valitsin käytettäväksi luotettavia, tutkittua tietoa sisältäviä alan lähteitä. Myös potilasopasta kirjoittaessani kiinnitin huomiota käyttämiini lähteisiin. Lähteinä käytin vain luotettavaa tietoa sisältävää materiaalia. Tästä syystä potilasopas antaa kohdunulkoisen raskauden vuoksi hoitoon tulevalle potilaalle luotettavaa ja ajanmukaista tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta.

Opinnäytetyöhön sisältyi pienimuotoinen tutkimus, jossa tuotettu potilasopas arvioitiin teemahaastattelun avulla. Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä ratkaisuja. Haastattelussa eettiset ongelmat ovat monitahoisia. Haastatteluun osallistuvilla on kerrottava tutkimuksen luonne ja tarkoitus, jotta he voivat tämän tiedon varassa joko hyväksyä osallistumisen tai kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkimuksen luottamuksellisuus tulee varmistaa sen jokaisessa vaiheessa. Lisäksi tutkimukseen osallistuvien yksityisyys tulee taata tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Teemahaastattelun hyvää laatua voidaan tavoitella laatimalla hyvä teemahaastattelurunko. Haastateltavien osallistuminen tai osallistumatta jättäminen haastatteluun kuitenkin vaikuttaa teemahaastattelun laatuun. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 19 – 20, 184 - 185.) Potilasopas arvioitiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelua suunnitellessani ja sitä toteuttaessani otin tutkimuksen eettiset näkökohdat huomioon. Kerroin haastateltaville tutkimuksen luonteen ja tarkoituksen. Kerroin arviointiin osallistuneille ennen haastattelun alkua, että heidän henkilöllisyytensä ei käy ilmi missään tutkimuksen vaiheessa eivätkä he ole tunnistettavissa opinnäytetyön raportista. Kerroin myös, että arviointiin osallistuminen on heille vapaaehtoista. Potilasoppaan arviointi toteutettiin laatimani teemahaastattelurungon pohjalta.

Haastattelutilanteet olivat vapaamuotoisia, mutta keskustelut etenivät teemahaastattelurungon kysymysten pohjalta. Arviointiin vaikutti laatua heikentävästi se, että vain toinen naistentautien poliklinikalta haastateltavaksi lupautuneista hoitajista pääsi paikalle haastattelutilanteeseen, toisen haastattelu tehtiin jälkikäteen puhelimitse. Kaikki arviointiin osallistuneet olivat sitä mieltä, että potilasopas on selkeä ja toimiva kokonaisuus, josta löytyy keskeinen tieto aiheesta. Haastateltavat pitivät potilasoppaan sisältöä, rakennetta ja ulkoasua pääasiassa hyvänä. Potilasoppaaseen tehtiin muutamia muutoksia arvioinnin pohjalta.

Eettisesti laadittu potilasopas on lukijaa rauhoittava ja antaa luotettavaa tietoa aiheesta. Yhteistyökumppanin toive oli, että potilasoppaan sävy olisi positiivinen ja rauhoittava. Myös potilasoppaan arvioinnissa tuli esille, että potilasoppaan tulisi olla rauhoittava. Käytin potilasoppaassa mahdollisimman neutraaleja ilmaisuja, jotta potilasopas olisi sävyltään rauhoittava. Halusin välttää ilmaisuja, jotka voisivat aiheuttaa lukijalle väärinkäsityksiä ja ahdistusta. Potilasoppaan arvioinnin pohjalta muutin vielä joitakin potilasoppaassa olleita ilmaisuja neutraalimpaan muotoon, jotta potilasoppaan sävy olisi positiivinen ja rauhoittava. Esimerkiksi ilmaisun ”yrittää uutta raskautta” muutin muotoon ”suunnitella uutta raskautta”, jotta sen sävy olisi positiivinen. Valitsin potilasoppaaseen mahdollisimman neutraaleja kuvia lisätäkseni potilasoppaan rauhoittavuutta ja positiivista sävyä.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksen tekijä noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen tekemisessä, raportoinnissa sekä tutkimustulosten esittämisessä (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3). Haastattelun avulla saadut tulokset esitin opinnäytetyössäni rehellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Potilasoppaan tuottaminen oli kokonaisuudessaan onnistunut prosessi. Tuottamani potilasopas täyttää hyvälle potilasoppaalle asetetut kriteerit ja opasta laatiessani huomioin myös eettiset näkökohdat. Potilasoppaan onnistumisesta kertoo myös se, että yhteistyökumppani, naistentautien poliklinikan ja -osaston osastonhoitaja hyväksyi potilasoppaan ja arvioinnissa naistentautien poliklinikan hoitajat pitivät potilasopasta onnistuneena ja toimivana kokonaisuutena.

Opinnäytetyön aihe on onnistunut, koska se on työelämän tarpeista lähtöisin ja vastaa työelämän tarpeisiin. Opinnäytetyön aihe on onnistunut myös siksi, että se on suoraan hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Jatkohankkeena olisi mielenkiintoista selvittää ovatko kohdunulkoiseen raskauteen sairastuneet kokeneet potilasoppaan hyödyllisenä. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää ovatko hoitajat käyttäneet potilasopasta apuvälineenä potilasohjauksessa ja onko potilasopas helpottanut potilasohjausta. Tulevaisuudessa potilasoppaan voisi siirtää sähköiseen muotoon internettiin, josta kaikki halukkaat voisivat sen käydä lukemassa.

LÄHTEET

Ahonen, M. & Niemi, K. 2007. Hedelmällisyyden nopea palautuminen kohdunkaularaskauden lääkehoidon jälkeen. *Duodecim* 2007;123, 922 - 925 [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/xmedia/duo/duo96413.pdf>

Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallista potilasohjeista. Teoksessa Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008, 63 – 76.

Erkinheimo, T-L. 2008. Raskausennuste kohdunulkoisen raskauden jälkeen. Käypä hoito [viitattu 13.4.2011]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>

Halonen, J. 2006. Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hautsalo, K. & Rytönen, O. 1999. Parisuhteen laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6. – 9. painos. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta [viitattu 1.8.2011]. Saatavissa:

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 2005;121:1769 - 1773 [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. University of Turku, Department of Nursing Science. Annales Universitatis Turkuensis [viitattu 2.5.2011]. Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52513/Annales_D_891_H%C3%83%C2%A4t%C3%83%C2%B6nen_Diss.pdf?sequence=5

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima

Johansson, S. 2007. Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Järvi, U. 2007. Syntymätön. Tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Jyväskylä: Gummerus.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Sairaanhoidajaliitto.

Kohdunulkoinen raskaus. 2008. Käypä hoito [viitattu 9.2.2011]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi26001?hakusana=kohdunulkoinen%20raskaus>

Kohdunulkoisen raskauden lääkehoito. 2009. Potilasohje. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.

Koskela, H. & Salanterä S. 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen oppimisessa. Teoksessa Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A55, 6.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos. Väitöskirja.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutetut potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos [viitattu 2.5.2011]. Saatavissa:

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Leikotoiminnan vaatimat tilaratkaisut. 2010. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä [viitattu 3.5.2011]. Saatavissa:

<http://www.esshp.fi/dynasty/kokous/KOKOUS-524-16.HTM>

Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Naistentautien poliklinikka. 2004. Infokanava [viitattu 3.5.2011]. Saatavissa PHKS:n sisäisestä verkosta osoitteella: <http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosiot/>

Narva, S. & Laurikainen, E. 2006. Äkillisesti sairastunut nainen kertoo, että kuukautiset ovat myöhässä... Suomen lääkäri-lehti-Finlands läkartidning 2006 vol. 61 no. 44, 4589–4592.

Pasila, B. & Suominen, T. 2004. Silmätautia sairastavan potilaan opettaminen ja ohjaaminen kolmelta näkökulmalta. Teoksessa Hupli, M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:45/2004.

Roto, H. 2001. Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamastaan hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Synnytys- ja naistentaudit. 2011. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä [viitattu 3.5.2011]. Saatavissa:

<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1431&vy=2310&ryhma=314>

Tomás, E. 2010. Kohdunulkoinen raskaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 12/2010, 1427–1428 [viitattu 27.4.2011]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/aineistot/phkk.fi/xmedia/duo/duo98889.pdf>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuomivaara, L. 1990. Ectopic pregnancy. An analysis of aetiological risk factors and subsequent fertility. University of Oulu. Academic Dissertation.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väisänen, L. 1999. Lapsen menetys. Perheen suru ja toipuminen. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Ylönen, H. 1994. Kohdunulkoisen raskauden hoito metotreksaatilla. Turun yliopisto, Kliininen laitos. Syventävien opintojen kirjallinen työ.

LIITTEET

LIITE 1

Kohdunulkoinen raskaus

Potilasopas

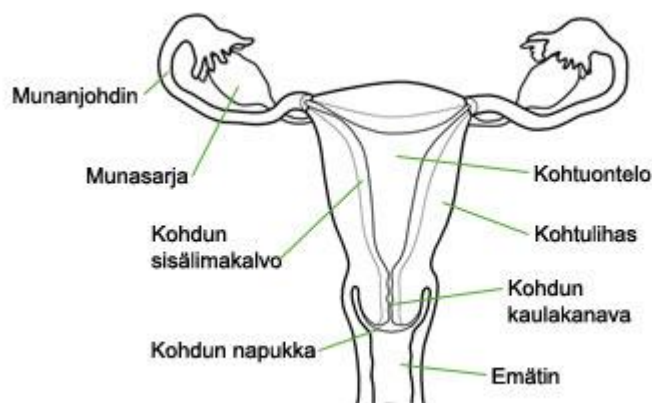


Teillä on todettu kohdunulkoinen raskaus. Tämän potilasoppaan tarkoituksena on antaa Teille tietoa kohdunulkoisesta raskaudesta, sen hoidosta sekä siitä miten kohdunulkoinen raskaus vaikuttaa mahdollisten tulevien raskauksien ennusteeseen.

Kohdunulkoinen raskaus

Kohdunulkoinen raskaus on tila, jossa raskaus sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. Kohdunulkoinen raskaus sijaitsee useimmiten munanjohtimessa (98 %), mutta se voi sijaita myös munasarjassa, vatsaontelossa tai kohdunkaulassa (Kuvio 1).

Noin 2 % kaikista raskauksista on kohdunulkoisia raskauksia. Vuosittain Suomessa todetaan hedelmällisessä iässä olevilla naisilla noin yhdellä tuhannesta kohdunulkoinen raskaus. Kohdunulkoisia raskauksia todetaan eniten 25 - 34 -vuotiailla naisilla.



Kuvio 1. Kohtu, munasarjat ja munanjohtimet edestä katsottuna.

(<http://www.tohtori.fi>)

Kohdunulkoisen raskauden riskitekijät

Kuparikierukkaa käyttävillä naisilla on havaittu suurentunut riski saada kohdunulkoinen raskaus. Myös hedelmättömyys ja lapsettomuushoidot ovat kohdunulkoisen raskauden riskiä lisääviä tekijöitä. Lisäksi tupakointi saattaa lisätä kohdunulkoisen raskauden riskiä.

Muita kohdunulkoisen raskauden riskitekijöitä ovat aikaisemmin sairastetut synnytinelinten tulehdukset, kuten klamydia- ja tippuri-infektiot. Myös alavatsan ja lantion alueelle tehty leikkaukset lisäävät kohdunulkoisen raskauden riskiä.



Kohdunulkoisen raskauden oireet

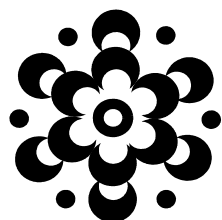
Kohdunulkoisen raskauden tyypillisin oire on voimakas alavatsakipu, joka voi paikallistua toispuoleisesti. Lisäksi voi esiintyä veristä vuotoa ja tyypillisiä raskausoireita, kuten pahoinvointia ja rintojen arkuutta. Oireet ilmenevät useimmiten raskausviikoilla 7 - 9. Kohdunulkoinen raskaus voi olla myös täysin oireeton.

Vakavassa tilanteessa raskausmuodostuman kasvu munanjohtimessa voi aiheuttaa munanjohtimen repeämisen ja hengenvaarallisen verenvuodon vatsaonteloon. Tämä tapahtuu yleensä 10. raskausviikkoon mennessä. Vakavia sisäiseen verenvuotoon viittaavia oireita ovat äkillisesti alkanut voimakas alavatsakipu sekä pyörtyminen. Myös hartioihin säteilevä kipu voi olla merkki sisäisestä verenvuodosta.

Kohdunulkoisen raskauden toteaminen

Kohdunulkoisen raskauden toteamiseksi Teille tehdään verikokeesta raskaustesti, jolla mitataan istukkahormonin eli human chorionic gonadotropinin (hCG) määrää veressä. Lisäksi lääkäri tekee Teille gynekologisen tutkimuksen ja ultraäänitutkimuksen.

Kohdunulkoisessa raskaudessa kohtu ei ole suurentunut, kohdunsuu ei avaudu eikä kohdunkaula lyhene kuten kohdunsisäisessä raskaudessa. Ultraäänitutkimuksessa ei näy kohdunsisäistä raskautta, eli kohtu on tyhjä.



Kohdunulkoisen raskauden hoito

Seurantahoito

Vähäoireinen, aikaisessa vaiheessa todettu pienikokoinen kohdunulkoinen raskaus voi poistua itsestään. Tällöin riittää seurantahoito.

Seurantahoidon aikana Teiltä määritellään veren hCG-pitoisuus alussa 2 - 3 kertaa viikossa ja sitten 1 - 2 kertaa viikossa, kunnes pitoisuus on alle 10 IU/l. Raskausmuodostuman poistumiseen voi liittyä alavatsakipua ja verenvuotoa emättimestä. Seurantahoidon aikana voitte olla kotona. Teidät ohjeistetaan käymään veriko-keissa laboratorioissa. Verikoevastaukset voitte tiedustella puhelimitse naistentautien poliklinikalta. Tarkemmat ohjeet saatte naistentautien poliklinikalta.

Metotreksaattihoito

Kohdunulkoisen raskauden lääkehoitona käytetään metotreksaattia. Metotreksaatti on sytostaatti eli solunsalpaaja, joka nopeuttaa raskausmuodostuman poistumista estämällä sen solujen kasvun.

Ennen metotreksaattihoitoa Teiltä otetaan verikokeita, joiden vastausten tulee olla valmiina ennen lääkkeen antoa. Verikokeiden avulla Teiltä tarkistetaan esimerkiksi tulehdusarvot, maksa-arvot ja elimistön suolatasapaino. Metotreksaattihoito saattaa aiheuttaa vatsakipua, johon voitte ottaa kipulääkettä; Ibuprofeinia (esimerkiksi Burana) tai Parasetamolia (esimerkiksi Panadol). Hyvin harvinaisia metotreksaatin sivuvaikutuksia ovat suutulehdus, ihottuma, ripuli ja maksa-arvojen suureneminen.

Metotreksaatti annetaan yleisimmin pistoksena lihakseen. Usein riittää kerta-annos, mutta hoito voidaan tarvittaessa toistaa viikon välein. Enimmillään metotreksaattia annetaan neljä kertaa. Metotreksaattihoidon jälkeen Teiltä tarkistetaan veren hCG-pitoisuus 4. ja 7. päivänä hoidon aloituksesta. Lisäksi Teiltä seurataan veren hCG-pitoisuutta 1 - 2 viikon välein, kunnes pitoisuus on alle 10 IU/l. Seurannan aikana voitte olla kotona. Teidät ohjeistetaan käymään verikokeissa laboratoriossa. Verikoevastaukset voitte tiedustella puhelimitse naistentautien poliklinikalta. Tarkemmat ohjeet saatte naistentautien poliklinikalta.



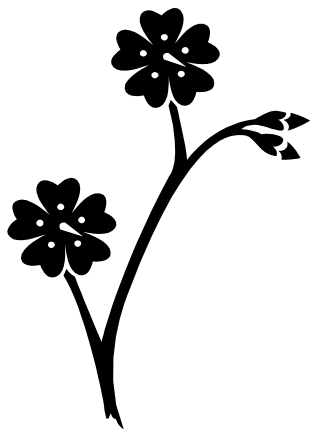
Leikkaushoito

Leikkaus valitaan hoitomuodoksi, jos istukkahormonin (hCG) pitoisuus veressä ei pienene toistuvissa mittauksissa, Teille tulee voimakkaita vatsakipuja tai Teille tehtävässä ultraäänitutkimuksessa nähdään merkkejä vatsaonteloon vuotavasta verestä.

Kirurgisia hoitomuotoja on kaksi: munanjohtimen avaus ja munanjohtimen poisto. Kirurgisen hoitomuodon valintaan vaikuttavat munanjohtimen kunto, raskausmuodostuman sijainti munanjohtimessa ja raskausmuodostuman koko.

Munanjohtimen avaus eli niin sanottu säästävä leikkaus voidaan tehdä, jos Teillä ei ole munanjohtimessa repeämää. Jos munanjohdin on pahasti vaurioitunut, tehdään munanjohtimen poisto.

Jos kohdunulkoinen raskaus todetaan varhain, repeämiä sattuu harvoin ja vain 20 - 35 -prosentille potilaista joudutaan tekemään leikkaus (Aho, T., Mäkelä, M. & Mäkinen, J. 2004. Kohdunulkoinen raskaus. Käyvän hoidon potilasversiot). Noin 95 % leikkauksista pystytään tekemään tähystämällä, jolloin toipuminen toimenpiteestä on nopeampaa kuin avoleikkauksesta. (Kohdunulkoinen raskaus. 2008. Käypä hoito).



Uusi raskaus

Varhain todetun ja onnistuneesti hoidetun kohdunulkoisen raskauden ei ole havaittu lisäävän kohdunulkoisen raskauden tai keskenmenon riskiä seuraavissa raskauksissa. Munanjohtimen repeäminen kohdunulkoisen raskauden yhteydessä kuitenkin heikentää tulevien raskauksien ennustetta. (Kohdunulkoinen raskaus. 2008. Käypä hoito.)

Kohdunulkoisen raskauden uusiintumistodennäköisyys kahden vuoden kuluessa metotreksaattihoidon jälkeen on 7 - 8 % ja kohdunsisäisen raskauden todennäköisyys 58 - 61 %.

(Kohdunulkoinen raskaus. 2008. Käypä hoito.)

Uutta raskautta voitte suunnitella kun kohdunulkoisen raskauden hoito on päättynyt, eli veren hCG-pitoisuus on alle 10 IU/l. Viimeisimmästä metotreksaattianoksesta on kuitenkin oltava vähintään 12 viikkoa ennen uuden raskauden alkua, koska lääke voi aiheuttaa sikiölle epämuodostumia. Teidän tulisikin käyttää ehkäisyä 12 viikon ajan hoidon jälkeen, jotta metotreksaatti ehtii poistua elimistöstä ennen uuden raskauden alkamista.



Yhteystiedot

Naistentautien poliklinikka

puh. (03) 819 2305

Arkisin klo 8-15

Muina aikoina voitte ottaa kiireellisissä tapauksissa yhteyttä

Naistentautien osastolle

puh. (03) 819 2163

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä, keskussairaala

Naistentautien poliklinikka, 2. krs

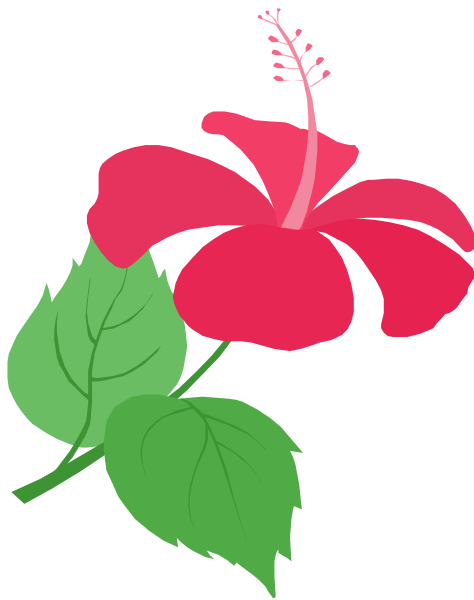
Keskussairaalankatu 7



Lisätietoja kohdunulkoisesta raskaudesta

www.kaypahoito.fi

www.terveyskirjasto.fi



Tekijä:

Sanna Pakarinen, terveydenhoitajaopiskelija

Lahden ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Naistentautien osasto ja -poliklinikka

Syksy 2011

LIITE 2

Teemahaastattelurunko

1. Potilasoppaan sisältö

Onko potilasoppaan rakenne mielestänne selkeä?

Onko potilasopas mielestänne helppolukuinen?

Onko potilasoppaassa käytetty kieli selkeää/ymmärrettävää?

Löytyykö potilasoppaasta mielestänne tarvittava tieto aiheesta?

Jäittekö kaipaamaan jotain tietoa mitä potilasoppaasta ei löytynyt?

Oliko potilasoppaassa liikaa tietoa jostain aiheesta?

2. Potilasoppaan ulkoasu

Mitä mieltä olette potilasoppaan ulkoasusta?

3. Parannusehdotuksia

Onko teillä parannusehdotuksia oppaan ulkonäköön, sisältöön tai käyttökelpoisuuteen liittyen?